Instrucciones para la Sección 8 Pre-Aplicaciones HCV:

1. Complete el formulario de solicitud previa. Las solicitudes incompletas no serán procesadas.

2. Todos los adultos (mayores de 18 años) enumerados en la solicitud deben firmar el formulario.

3. Todos los adultos (mayores de 18 años) deben proporcionar una identificación con foto al momento de la solicitud.

4. Se requiere presentación de tarjetas de Seguro Social para todos los miembros del hogar con la solicitud.

5. Cuando se procese su solicitud, se le enviará por correo una carta con su número de identificación y su posición en la lista de espera. Su posición cambiará a medida que los solicitantes con más puntos de preferencia soliciten asistencia.

Nuestra lista de espera se actualiza el primer día hábil de cada mes. No se permite pedir informes por telefonó sobre su caso. Para checar su posición en la lista de espera, se recomienda que traiga su carta con su número de identificación a nuestra oficina. Si no trae/recuerda su número de identificación se le cobrará $ 0.50 para buscar su posición actual.

Si vive fuera de la ciudad, puede enviar una solicitud por escrito a nuestra dirección o por fax al (520) 417-7158. Con su solicitud, favor de enviar una copia legible de su identificación con foto y su número de identificación de la lista de espera.

6. Los solicitantes en nuestra lista de espera deben mantener actualizada la información de su solicitud. Los cambios en su dirección postal, dirección de correo electrónico, número de teléfono o composición familiar deben hacerse en persona nuestra oficina o enviarse por correo (postal/electrónico) o por fax al (520) 417-7158. No se aceptan cambios por llamadas telefónicas. Si no podemos comunicarnos con usted por correo postal y/o se regresa cualquier correspondencia que mandemos por correo, será eliminado de la lista de espera.

Las solicitudes se procesan por fecha y hora recibidas y clasificadas por puntos de preferencia.

- **Residencia** (Cualquier miembro que resida, trabaje o haya sido contratado para trabajar o asista a la escuela dentro de los límites de la ciudad de Douglas.)
- **Trabajo** (El jefe de hogar, el cónyuge o el miembro único se emplean al menos 20 horas por semana)
- **Discapacidad / Ancianos** (Personas con discapacidad o familias con un miembro discapacitado y una familia cuyo jefe de familia o cónyuge tiene 62 años o más)
- **Veterano** (Disponible para miembros actuales de las Fuerzas Armadas de EE. UU., Veteranos o cónyuges sobrevivientes de veteranos)
- **Víctimas de violencia doméstica** (Verificado en el momento de la solicitud)
- **Desplazamiento involuntario** (Desastre debido a incendio, inundación, terremoto en los últimos 6 meses dentro de los límites de la ciudad de Douglas)

CITY OF DOUGLAS

Housing Department "Embracing our Heritage, Advancing our Future"

SOLICITUD SECCIÓN 8 – LISTA DE ESPERA

	Housing Choice Voucher (HCV) **Asistencia para Renta (Sección 8)**	
	☐ Section 8 HCV	

Fecha que se recibió solicitud _____ Hora_____

Número de solicitante

SOLICITANTE:	**Idioma preferido: Español Inglés Otro: (identifique)**	
Nombre:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:	Ciudad, Estado, Apartado Postal:	
Dirección de envío:	**Ciudad, Estado, Apartado Postal:**	
Número de teléfono: ( )	☐*celular* Número alternativo:	
Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a)		
Raza: ☐ Blanco ☐ Negro-Afro Americano ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo Hawaiano ☐ Otro Isleño Pacífico		
Etnicidad: ☐ Hispano / Latino ☐ *NO* Hispano / Latino		

Miembros de Hogar/ Composición Familiar:

Nombre	**Relación a solicitante** (Esposo(a), co-solicitante, otro adulto, hijo, nieto, etc)	**Fecha de Nacimiento**	**Edad**	**Sexo** (M/F)	**Raza** (see list above)	Hispano SI	Hispano NO	Número Seguro Social
1.						☐	☐	
2.						☐	☐	
3.						☐	☐	
4.						☐	☐	
5.						☐	☐	

Para miembros adicionales, continúe en la página 3.

Favor de responder a las siguientes preguntas – aplican a todos los miembros en esta solicitud:

1. Cualquier miembro de la familia solicitante vive, trabaja o asiste a una escuela en la Ciudad de Douglas?	(1pt)	☐NO	☐SI
2. Es Ud o cualquier miembro de la familia solicitante miembro de las fuerzas armadas, veterano o esposa(o) sobreviviente?	(1pt)	☐NO	☐SI
3. Trabaja Ud (o su esposo(a), co-solicitante) cuando menos 20 horas o más por semana?	(1pt)	☐NO	☐SI
4. Está Ud o cualquier miembro de la familia solicitante incapacitado(a)? Nombre	(1pt)	☐NO	☐SI
5. Es Ud víctima de Violencia Doméstica? Si su respuesta es si, cuando sucedió? Favor de presentar verificación	(1pt)	☐NO	☐SI
6. Fue Ud involuntariamente desplazado debido a un desastre (incendio, inundación, terremoto, etc) durante los últimos 6 meses dentro de los límites de la Ciudad de Douglas?	(3pts)	☐NO	☐SI
7. Requiere Ud o cualquier miembro de la familia solicitante algún acomodo razonable? (favor pase a la página 4)		☐NO	☐YES

Fuentes de Ingreso: (Empleo, Seguro Social, Suplemental Seguro Social, Asistencia en Efectivo, Manutención de menores, Apoyo Económico Familiar, Etc)

Nombre del destinatario	**Fuente o tipo de ingreso**	**Cantidad mensual**	**Otra información**

Ingreso Bruto Mensual del Hogar*: $_____

* Esto es el ingreso completo, antes de cualquier deducción, de todos los miembros de familia que vivirán en su hogar

Yo/Nosotros certificamos que toda la información proporcionada en esta solicitud es precisa y completa a mi leal saber y entender. Yo/Nosotros entendemos que la presentación de información falsa o incompleta puede resultar en la denegación o terminación de beneficios Sección 8.

_____ _____

Firma de Solicitante/Jefe de Hogar Fecha

_____ _____

Firma de Esposo(a), Co-Solicitante, Otro Adulto Fecha

Solicitud recibida por:_____ Fecha:_____

SON SEIS (6) REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD PARA ADMISIÓN AL PROGRAMA SECCIÓN 8:

A. Califica como familia
B. Ingreso bruto del hogar cae dentro de los límites de ingreso. (ingreso COMPLETO de todos los miembros del hogar)
C. La familia cumple con el criterio de ciudadanía o inmigrantes elegibles
D. La familia provée documentación de números de seguro social para miembros que los tienen
E. La familia firma todos los documentos requeridos y consentimientos de autorización para permitirnos colectar información necesaria
F. La familia pasa la verificación de antecedentes penales

CRITERIO DE SELECCIÓN

Además de los criterios de elegibilidad, las familias también deben cumplir con los criterios de selección de la Agencia de Vivienda de la Ciudad de Douglas (City of Douglas Housing Authority) para poder ser admitido a participar en el programa Sección 8.

LÍMITES DE INGRESOS - *Los límites de ingresos son efectivos a partir de el día 1de abril, 2018*

Límites de ingresos extremadamente bajos:
(30% de ingreso medio del condado Cochise)

1 Persona $12,250
2 Personas 16,460
3 Personas 20,780
4 Personas 25,100
5 Personas 29,420
6 Personas 33,740
7 Personas 36,250
8 Personas 38,550

Límites de ingresos muy bajos:
(50% de ingreso medio del condado Cochise)

1 Persona ..... $ 20,450
2 Personas ..... .23,400
3 Personas 26,300
4 Personas 29,200
5 Personas 31,550
6 Personas 33,900
7 Personas 36,250
8 Personas 38,550

ESTÁNDARES DE CANTIDAD DE DORMITORIOS EN EL HOGAR

Número de habitaciones	Número de personas en el hogar		Nota: Los estándares de tamaño de dormitorio se basan en la suposición de que cada dormitorio no tendrá más de dos (2) habitantes y se relacionará con el número de dormitorios en la unidad, no con los arreglos reales de la familia
	Mínimo	Máximo	
0	1	1	
1	1	2	
2	2	4	
3	3	6	
4	4	8	

La Agencia considerará factores tales como las características de la familia incluyendo sexo, edad o relación en la asignación de una unidad. También se considerarán las solicitudes de acomodo razonable (verificadas por un médico) y/o la necesidad de un ayudante directo para una persona incapacitada o mayor de 62 años.

Miembros del hogar adicionales/Composición Familiar

Continuado de primera página	Relación a Solicitante (Esposo(a), Co-solicitante, otro adulto, hijo, nieto, etc)	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo (M/F)	Raza (refiera a la lista arriba)	Hispano		Número Seguro Social
						SI	NO	
6.						☐	☐	
7.						☐	☐	
8.						☐	☐	
9.						☐	☐	
10						☐	☐	

LIST OF DOCUMENTS NEEDED BY THE PHA

The following documents will be requested by the PHA to establish eligibility for Section 8 Housing Assistance. The documents will be requested with the full application when the applicant has reached the top of the waiting list.

1. Social Security card for each person listed on the application.
2. Original, State Certified Birth Certificates for each person listed on the application and/or proof of citizenship.
3. Proof of income for each household member on the application that receives an income. Example: AFDC award letter, SS/SSI award letter, check stubs from employment, child support, alimony, family support or a notarized letter if you are self-employed.
4. Reasonable Accommodation form for persons with disabilities requesting accessibility or accommodations to participate equally in the housing program.
5. Picture identification form for all adult members in the household.

DOCUMENTOS QUE NECESITA TRAER

La siguiente lista de documentos serán requeridos por el Departamento de Viviendas (PHA) para decidir si es elegible para recibir asistencia de vivienda de la Sección 8. Los documentos serán requeridos cuando llegue al principio de la lista de espera, junto con la Solicitud Completa de Eligibilidad.

1. Tarjeta de Seguro Social para cada miembro de hogar en la solicitud. incluyendo la de ústed.
2. Actas de Nacimiento Certificadas, para cada miembro de su hogar. Incluyendo la de ústed.
3. Comprobante de ingreso por cada miembro de la familia en la solicitud que recibe ingresos. Ejemplo: Carta de AFDC, Carta de SS/SSI, talones de cheque del empleo, verificación de ingreso para sus hijos menores, (Child Support), apoyo económico por parte de algún familiar (una carta notariada), y si es ústed propietario de su negocio, ocupamos una copia de los impuestos (income taxes) reportados al gobierno.
4. Forma de Adaptación Razonable para personas incapacitadas que requieren accesibilidad o comodidades de igualdad en la participación en el programa de viviendas.
5. Identificación con foto (todos los adultos en el hogar).

Aviso de Derecho a una Adaptación Razonable

Si tiene una discapacidad y como resultado de su discapacidad necesita:

Un cambio en las reglas o pólizas para darle igual oportunidad de usar las instalaciones o tomar parte en el programa Sección 8, o

Un cambio en la forma en que nos comunicamos con usted o le damos información, puede pedir este tipo de cambio, que se llama una adaptación razonable.

Si puede comprobar que tiene una discapacidad y si su solicitud es razonable (No representa "una carga financiera o administrativa indebida"), trataremos de conceder su solicitud.

Le daremos una respuesta dentro de 10 días hábiles, a menos que haya un problema para obtener la información que necesitamos, o a menos que usted acepte darnos más tiempo para poder responder. Le informaremos si necesitamos más información o verificación de usted o si nos gustaría hablarle sobre otras maneras de satisfacer sus necesidades.

Si rechazamos su solicitud, le explicaremos los motivos, y usted puede darnos más información, si cree que le ayudará.

Si necesita ayuda para llenar un formulario de solicitud de adaptación razonable o si desea darnos su solicitud de alguna otra forma, podemos ayudarle.

Un Formulario de Solicitud de Adaptación Razonable está al reverso de este aviso.

NOTA: Toda la información que Ud. proporcione se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente para ayudarle a obtener la misma oportunidad de participar en el programa Sección 8.

Solicitud de Adaptación Razonable

Nombre: _____ Teléfono : _____
Domicilio: _____
Ciudad/Estado: _____ Apartado Postal: _____

Actualmente, estoy:

- ☐ Solicitando asistencia Sección 8
- ☐ Solicitante en la lista de espera Sección 8
- ☐ Portador de un vale Sección 8 en busca de una unidad
- ☐ Alojado en una unidad Sección 8 con esta agencia
- ☐ Alojado en una unidad Sección 8 con otra agencia
- ☐ Otro_____

El siguiente miembro de mi hogar tiene una discapacidad que califica bajo las reglas de HUD (un impedimento mental o físico que limita sustancialmente una o más actividades vitales importantes, un registro de tal impedimento o que se considere que tiene tal impedimento).

Nombre:_____

Como resultado de su discapacidad, el siguiente cambio o cambios son necesarios para que la persona mencionada pueda tener la oportunidad de participar igualmente en el programa Sección 8:

_____
_____
_____

Puede verificar la discapacidad y la necesidad de esta solicitud poniéndose en contacto con:

Nombre: _____ Título: _____

Teléfono: _____ Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado:_____ Apartado Postal: _____

Le doy permiso para comunicarse con el individuo mencionado con el propósito de verificar que yo, o un miembro de mi hogar, tengo una discapacidad y necesito la adaptación razonable solicitada en este formulario. Entiendo que la información que obtenga será mantenida completamente confidencial y utilizada únicamente para determinar si usted proporcionará o no una adaptación.

Firma _____ Fecha _____